

常務理事	事務長	課長	業務係長	主任	係

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

※裏面の留意事項をお読みください。

被 保 険 者 欄	被保険者証の	記号	番号	事業所名			
	氏名	⑩			自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	〒 ー		TEL ( )			
認 定 対 象 者 欄	氏名				被保険者との続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			性別	男・女	
	対象となる特定疾病						
	疾 病 名  (該当する番号に○ をして下さい)	1	人工腎臓を実施している慢性腎不全				
		2	血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害				
3		抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）					
受療証を被保険者の 住所以外の住所に送付 希望の場合の送付先		住所	〒 ー		TEL ( )		
		宛名					
医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。						
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。						
	令和 年 月 日		医療機関の名称		医療機関の所在地		
				医師の氏名		⑩	
				電 話		( )	

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記備考欄へ記載(12ケタ)してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要となります。)

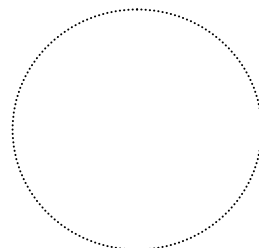
備考欄	
-----	--

受付年月日

上記のとおり、健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
⑩



近畿化粧品健康保険組合

## 留 意 事 項

### ・自己負担限度額

「特定疾病療養受療証」を提示することにより、1か月の窓口自己負担額が、医療機関ごと（入院・通院別）または薬局ごとに下記の自己負担限度額までとなります。

なお、医療機関と薬局の自己負担額合計が自己負担限度額を超えた場合には、高額療養費の対象となりますので、高額療養費支給申請書のご提出をお願いします。

特定疾病	自己負担限度額	
人工腎臓を実施している慢性腎不全	70歳未満で被保険者の標準報酬月額 が53万円未満の場合	10,000円
	70歳未満で被保険者の標準報酬月額 が53万円以上の場合	20,000円
	70歳以上の被保険者の場合	10,000円
血友病	10,000円	
抗ウイルス剤を投与している後天性 免疫不全症候群	10,000円	